

Rapport Impactanalyse O&I

Auteurs: Edwin Velzel en Mark Lenssen
Datum: 20 april 2017
Versie: 1.2
Status: Definitief

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Aanpak.....	5
2.1	Deelnemende zorgaanbieders	5
2.2	Afsprakentemplate	7
2.3	Evaluatievragen.....	7
3	Bevindingen	9
3.1	Kwadrant I.....	9
3.1.1	Inzet praktijkmanager	9
3.1.2	Bekostiging	9
3.2	Kwadrant II t/m IV.....	9
3.2.1	Algemeen	9
3.2.2	Inhoudelijke afspraken	9
3.2.2.1	In hoeverre kunnen zorgaanbieders voldoen aan de voorwaarden voor de betaaltitels?.....	10
3.2.2.2	In hoeverre kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars resultaatafspraken maken? 10	
3.2.3	Financiële afspraken.....	11
3.2.3.1	Opzet van financiële onderdeel impactanalyse	11
3.2.3.2	Algemene bevindingen	12
3.2.3.3	Bevindingen per kwadrant.....	13
3.2.3.3.1	Kwadrant II	13
3.2.3.3.2	Kwadrant III	13
3.2.3.3.3	Kwadrant IV	13
3.2.4	Evaluatie aspecten	15
3.2.4.1	Evaluatiescores	15
3.2.4.2	Duiding van de evaluatiescores	16
4	Conclusies en aanbevelingen.....	18
4.1	Conclusies	18
4.1.1	Zijn de betaaltitels praktisch hanteerbaar voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars?.....	18
4.1.2	Worden de betaaltitels ervaren als een stimulans voor de gewenste ontwikkeling van de organisatie en infrastructuur van de eerste lijn?.....	19
4.1.3	In hoeverre kunnen over de betaaltitels resultaatafspraken worden gemaakt?.....	19
4.1.4	Wat gaat bij benadering de financiële impact zijn voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars?.....	19
4.1.5	Wat zijn de bandbreedtes waarbinnen partijen tot afspraken komen voor de verschillende onderdelen van de betaaltitels?.....	20
4.1.6	In hoeverre is m.n. voor de betaaltitel Praktijkmanagement in kwadrant I een gereguleerd tarief wenselijk of nodig?	20
4.1.7	In hoeverre zijn de overgangsafspraken in het rapport O&I voldoende om ongewenste schokeffecten op te vangen, of zijn nog aanvullende afspraken nodig?	20
4.1.8	Bestaat er een realistisch verwachtingspatroon bij zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars over de gevolgen van de invoering van de nieuwe betaaltitels?	21
4.2	Aanbevelingen	21
4.2.1	Aanbevelingen voor de betaaltitels.....	21
4.2.2	Aanbevelingen voor de implementatie	24

1 Inleiding

In oktober 2016 is het rapport “Doelgerichte versterking van de Organisatie en Infrastructuur van de eerste lijn” (hierna te noemen “rapport O&I”) uitgebracht. In dat rapport is beschreven op welke manier de organisatie en infrastructuur van de eerste lijn kan worden gefinancierd om de ontwikkeling van de eerste lijn te stimuleren en tegelijkertijd te werken aan meer resultaatgerichtheid. Door de betrokken opdrachtgevende partijen (InEen, LHV, ZN) is dit rapport voorgelegd aan de achterbannen en is besloten om op basis van dit rapport een impactanalyse te starten.

Het doel van de impactanalyse was, zoals het woord al zegt, om zicht te krijgen op de impact van de nieuwe bekostigingssystematiek op de ontwikkeling van de organisatie en infrastructuur van de eerste lijn en de bekostiging daarvan. Daarvoor moest de impactanalyse een aantal inzichten opleveren:

- a. Of de betaaltitels praktisch hanteerbaar zijn voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars.
- b. Of de betaaltitels worden ervaren als een stimulans voor de gewenste ontwikkeling van de organisatie en infrastructuur van de eerste lijn.
- c. In hoeverre over de betaaltitels resultaatafspraken kunnen worden gemaakt.
- d. Wat bij benadering de financiële impact gaat zijn voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hierbij is het uitgangspunt dat de huidige O&I-betaaltitels wegvallen (GEZ, overhead in ketenzorg en in overige modules en projecten). De nieuwe O&I-betaaltitels zullen worden afgezet tegen de wegvallende O&I-betaaltitels.
- e. Wat de bandbreedtes zijn waarbinnen partijen tot afspraken komen voor de verschillende onderdelen van de betaaltitels.
- f. In hoeverre m.n. voor de betaaltitel Praktijkmanagement een gereguleerd tarief wenselijk of nodig is.
- g. In hoeverre de overgangsafspraken in het rapport O&I voldoende zijn om ongewenste schokeffecten op te vangen, of dat nog aanvullende afspraken nodig zijn.
- h. Een realistisch verwachtingspatroon bij zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars over de gevolgen van de invoering van de nieuwe betaaltitels.

De impactanalyse is uitgevoerd in de periode november 2016 t/m maart 2017. De resultaten van de impactanalyse zijn in het voorliggende rapport weergegeven. In hoofdstuk 2 is de aanpak toegelicht. Hoofdstuk 3 geeft de bevindingen van de impactanalyse weer en hoofdstuk 4 bevat de conclusies en aanbevelingen. Voor de lezers die snel willen weten wat de aanbevelingen zijn: op de volgende pagina vindt u een kort en bondig lijstje.

De 9 aanbevelingen

1. Ga naar vier betaaltitels
2. Geef inhoud aan de betaaltitels op basis van het rapport O&I
3. Beperk de registraties en declaraties tot het niveau van de vier betaaltitels
4. Houd ruimte voor maatwerk, ook voor de betaaltitel Praktijkmanagement
5. Begin in 2018 met de vier betaaltitels en houd een terugvaloptie open
6. Leer van elkaars resultaatafspraken
7. Monitor periodiek de ontwikkelingen
8. Ontwikkel een ICT toekomstvisie voor de eerste lijn
9. Houd de randvoorwaarden in de gaten

2 Aanpak

De impactanalyse voor kwadrant I (huisartsengroepen en –samenwerkingsverbanden) is uitgevoerd door de LHV en ZN door middel van interviews met 3 praktijkmanagers en 3 huisartsen verspreid over Nederland. De interviews zijn telefonisch gedaan en duurden ongeveer een half uur. Voor de interviews is een gestructureerde vragenlijst gehanteerd. De interviews hebben plaatsgevonden in februari en maart 2017. De werving van de praktijkmanagers verliep via de LHV.

Voor de kwadranten II t/m IV (GEZzen, regionale eerstelijnsorganisaties) is een representatieve groep zorgaanbieders in gesprek gebracht met hun zorgverzekeraar(s) over de afspraken voor 2018 op basis van de in het rapport O&I voorstelde betaaltitels. De bedoeling was niet om de definitieve onderhandelingen nu al te voeren, maar om te “droogzwemmen” en daarmee een beeld te krijgen hoe de afspraken in de nieuwe situatie eruit zouden kunnen zien. Deze gesprekken hebben plaatsgevonden in de periode december 2016 t/m februari 2017.

2.1 Deelnemers aan de impactanalyse

Bij de selectie van de groep zorgaanbieders die zouden deelnemen aan de impactanalyse is rekening gehouden met de volgende criteria:

- alle kwadranten van het kwadrantenmodel uit het rapport O&I moeten vertegenwoordigd zijn,
- ook organisaties die tussen kwadranten in zitten of in meer kwadranten tegelijk,
- alle zorgverzekeraars zouden vertegenwoordigd moeten zijn,
- voor de grote zorgverzekeraars zouden verschillende regio's moeten meedoen,
- zowel stad als platteland,
- er moet voldoende spreiding zijn over het land,
- er moeten een paar “pure” zorggroepen meedoen zonder andere financieringsvormen als HAP en GEZ
- er moeten gezondheidscentra meedoen met en zonder loondienst
- zowel grote als kleine organisaties
- brede en minder brede organisaties in termen van het aantal ondersteunde ketens c.q. andere zorginitiatieven

Dit heeft geleid tot een groot aantal deelnemers die gezamenlijk een representatief beeld geven van de verschillende organisatievormen in de eerste lijn. Hieronder ziet u de zorgaanbieders die aan de impactanalysegesprekken hebben deelgenomen:

Alphen Op Een Lijn
Cohesie Venlo
De Pool Warffum
DOH Eindhoven
Doktersdiensten Friesland
ECT Tiel
GC Diemen
GC Huizen

GC Ommoord
GES Aalsmeer
Gezondheidszorg Avereest
GHO-GO Blaricum
GOZ Rotterdam
Groninger Huisartsen Coöperatie
Haaksbergen
HCDO Deventer
Het Huisartsteam Etten-Leur
HONK Alkmaar
HUS Utrecht
HZD Drenthe
IZER Rotterdam
Ketenzorg/GGZorg Arnhem
Maatschap C. Toorop Rotterdam
Medrie Zwolle
OWZ De Burgt Barneveld
PoZoB Veldhoven
ROHA Amsterdam
RZMH/ROHMH Gouda
SAG Amsterdam
SGE Eindhoven
SGZ Zoetermeer
ZGA Almere
ZIO Maastricht
ZON-BOOG Rotterdam
Zorg in Houten
Zorggroep Axel-Zaamslag
Zorggroep Diemen Duivendrecht Betondorp
Zorggroep Hoeksewaard

Deze zorgaanbieders hebben één of twee impactanalysegesprekken aangegaan met hun belangrijkste zorgverzekeraar(s). Dat betrof:

CZ
De Friesland Zorgverzekeraar
Menzis
VGZ
Zilveren Kruis
Zorg & Zekerheid

Daarnaast hebben ZN en de LHV een aantal interviews gedaan onder een aantal huisartsen en praktijkmanagers ten behoeve van kwadrant I:

HOED met praktijkmanager, Zutphen
Huisartsengroep Haaksbergen, Haaksbergen
Medisch Centrum de Poort (AHOED), Bergen op Zoom
Praktijkmanager bij 2 HAGRO's, Borculo, Groenlo e.o.
Solopraktijk met 2 HIDHA's en praktijkmanager, Drenthe
Solopraktijk met praktijkmanager, Enschede

2.2 Afsprakentemplate

Om de impactanalyse gestructureerd te laten verlopen en de resultaten te kunnen aggregeren is een excel-template gemaakt waarin de afspraken konden worden vastgelegd. Deze template bevatte de volgende onderdelen:

1. De gegevens van de zorgaanbieder
2. De gegevens van de zorgverzekeraar(s)
3. De inhoudelijke afspraken, waarbij kon worden aangegeven in hoeverre de criteria uit het rapport O&I kunnen worden ingevuld en welke resultaatafspraken zorgaanbieder en zorgverzekeraar met elkaar willen en kunnen maken.
4. De financiële afspraken, waarbij de relatie gelegd werd tussen de nieuwe betaaltitels en de huidige betaaltitels (contract 2017). De nieuwe betaaltitels zijn onderverdeeld conform het rapport O&I.
5. Evaluatie, waarin een aantal evaluatievragen konden worden beantwoord (zie § 2.3)

2.3 Evaluatievragen

De evaluatievragen hadden enerzijds betrekking op de bruikbaarheid van de excel-template en anderzijds op de impact van de voorgestelde betaaltitels. Daarbij konden zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar een aantal stellingen scoren op een schaal van 1 t/m 5, waarbij 1 stond voor "Geheel niet mee eens" en 5 stond voor "Geheel mee eens". De vraag over de verwachtingen over de administratieve belasting kon worden beantwoord op een schaal van "Veel minder" tot "Veel meer".

De volgende stellingen zijn gehanteerd over de hanteerbaarheid van de gebruikte template:

- Het was voor mij duidelijk hoe ik deze templates moesten hanteren
- Zorgaanbieder en zorgverzekeraar interpreteerden de templates op dezelfde manier
- De templates waren goed te relateren aan onze praktijk
- Twee gesprekken waren voldoende om de templates in te vullen en te bespreken
- Ik kon al mijn opmerkingen goed kwijt in de templates

En de volgende stellingen zijn gehanteerd over de betaaltitels:

- De betaaltitels zijn voor mij goed te hanteren in de praktijk
- Ik ervaar deze betaaltitels als een stimulans voor de gewenste ontwikkeling van de organisatie en infrastructuur van de eerste lijn

- Ik ben tevreden over het resultaat dat ik heb kunnen afspreken met mijn gesprekspartner
- Ik verwacht de gewenste resultaatafspraken te kunnen maken aan de hand van deze betaaltitels
- Ik verwacht dat de voorgestelde overgangsafspraken (zie rapport O&I pagina 18) voldoende zijn om zorgvuldig over te gaan naar de nieuwe betaaltitels
- Het is duidelijk wat deze betaaltitels voor mijn situatie gaan betekenen
- Ik verwacht dat de nieuwe betaaltitels een verbetering betekenen ten opzichte van de huidige O&I-betaaltitels
- De administratieve last door deze betaaltitels wordt Veel minder / Minder / Gelijk / Meer / Veel meer

Daarnaast is gevraagd naar de belangrijkste risico's en belemmeringen voor invoering van de nieuwe betaaltitels en konden de deelnemers suggestie voor verbetering aandragen.

3 Bevindingen

3.1 Kwadrant I

Hieronder staan enkele algemene resultaten uit de gesprekken over de inzet van de praktijkmanager en de bekostiging daarvan.

3.1.1 Inzet praktijkmanager

De inzet van de praktijkmanagers lag gemiddeld op 4 uur per werkzame huisarts. Gemiddeld werkt een praktijkmanager voor een verband van 5,5 huisartsen (Let op: dit zijn aantallen personen en geen FTE's). De praktijkmanager werkt gemiddeld circa 15 uur per week.

In de serie interviews was er één praktijkmanager die voor maar één huisarts (zonder HIDHA's) werkt. Twee praktijkmanagers combineren hun werk voor de praktijk of het samenwerkingsverband met praktijkmanagement voor de GEZ. Twee anderen werken op ZPP-basis voor andere opdrachtgevers. Eén geïnterviewde praktijkmanager is werkzaam voor meerdere samenwerkingsverbanden (HAGRO's) van huisartsen. De laatste was alleen in dienst van de HOED en heeft daarnaast geen andere werkzaamheden. Drie van de vijf praktijkmanagers werken als ZPP'er in de praktijk. Eén andere praktijkmanager is in dienst bij één HAGRO en gedetacheerd bij een ander.

Drie van de zes geïnterviewde huisartsen en praktijkmanagers geven aan dat zij graag nog enkele uren extra praktijkmanagement zouden willen inzetten. Bij drie praktijken is de beschikbaarheid van de praktijkmanager de beperkende factor.

3.1.2 Bekostiging

Bij twee personen liep de financiering volledig via de Menzis-praktijkmanagement module, twee praktijken dekken een groot deel via de Menzis module en betalen de rest vanuit de inkomsten van de huisartsen, één praktijk ontving extra financiering voor een praktijkmanager van Zilveren Kruis en betaalde de rest uit eigen inkomsten en één samenwerkingsverband van praktijken betaalde de praktijkmanager volledig vanuit de inkomsten van de huisartsen.

3.2 Kwadrant II t/m IV

3.2.1 Algemeen

De meeste gesprekken hebben geleid tot een ingevuld template. In een enkel geval zijn de evaluatievragen niet beantwoord. In twee situaties hebben de zorgaanbieders in overleg met hun zorgverzekeraar besloten om geen template in te vullen. Deze zorgaanbieders hebben aangegeven geen behoefte te hebben aan de nieuwe betaaltitels, omdat ze goede afspraken kunnen maken met hun zorgverzekeraars op basis van de huidige betaaltitels.

3.2.2 Inhoudelijke afspraken

De inhoudelijk afspraken richtten zich op twee aspecten:

1. In hoeverre de zorgaanbieder kon voldoen aan de voorwaarden die in het rapport O&I gesteld zijn aan de verschillende betaaltitels.
2. Welke resultaatafspraken gemaakt konden worden tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

3.2.2.1 *In hoeverre kunnen zorgaanbieders voldoen aan de voorwaarden voor de betaaltitels?*

Vrijwel alle zorgaanbieders verwachten en onderbouwen dat ze aan de voorwaarden voor de betaaltitels kunnen voldoen. In de impactanalyses wordt dit niet expliciet bevestigd door de zorgverzekeraar, maar ook niet weerlegd. In de meeste gevallen neemt de zorgverzekeraar de voorgestelde verdeling van inkomsten over de betaaltitels over van de zorgaanbieder. Daaruit kunnen we voorzichtig concluderen dat de zorgverzekeraars vinden dat de zorgaanbieders inderdaad aan de voorwaarden voor die betaaltitels voldoen.

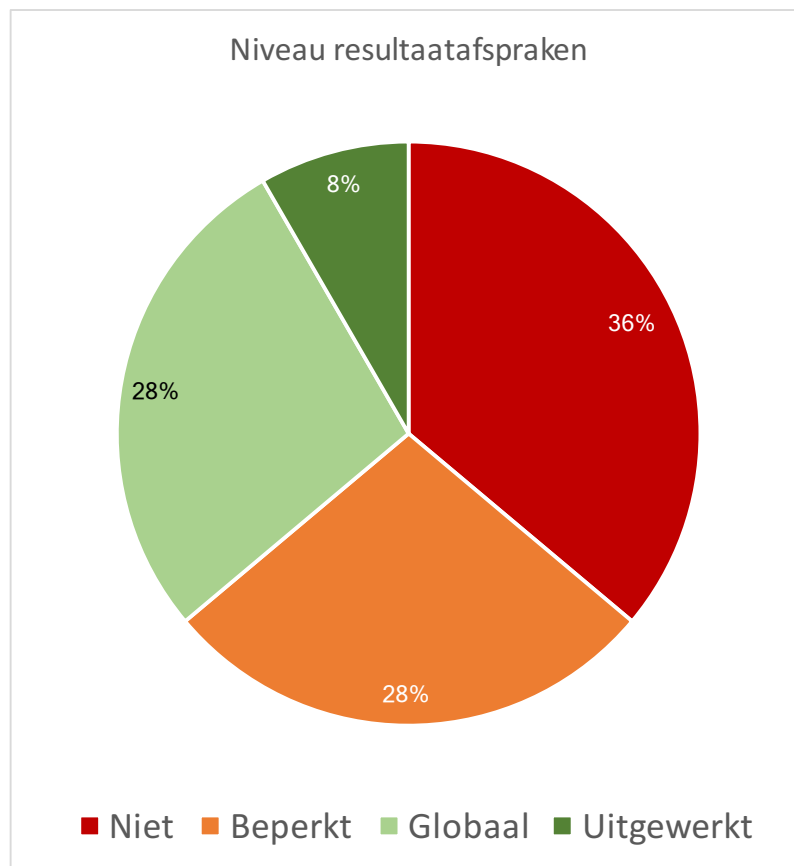
3.2.2.2 *In hoeverre kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars resultaatafspraken maken?*

Voordat we ingaan op deze vraag is het goed om stil te staan wat wordt bedoeld met “resultaatafspraken”. In het rapport O&I is aangegeven dat de eerste lijn behoefte heeft aan verdere investeringen in de organisatie en infrastructuur en dat zorgverzekeraars tegenover deze extra investeringen graag willen weten tot welke resultaten dat dan gaat leiden. Daarbij zou moeten worden gestreefd naar de triple-aim doelen: het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg, het verbeteren van de gezondheid van de bevolking en het verlagen van de zorgkosten. Dat kunnen resultaten zijn in termen van structuur-, proces- en uitkomstkenmerken. Soms zijn de resultaten meetbaar in termen van uitkomsten, bijvoorbeeld het aantal complicaties van diabetespatiënten en de daarmee samenhangende kosten in een regio. Soms zijn de resultaten meetbaar in procesverbeteringen, bijvoorbeeld een goed ingericht samenwerkingsproces tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen en/of sociale wijkteams. En soms zijn resultaten meetbaar in termen van structuurkenmerken, bijvoorbeeld het percentage geaccrediteerde praktijken.

De mate waarin tijdens de impactanalyse resultaatafspraken gemaakt of voorgenomen zijn is nogal wisselend. Wij hebben een kwalitatieve beoordeling gemaakt van het niveau van de resultaatafspraken. Hierbij is de volgende indeling gehanteerd:

Niet	Er zijn geen resultaatafspraken gemaakt.
Beperkt	Er zijn slechts beperkt resultaatafspraken gemaakt.
Globaal	Er is een redelijk dekkend aantal resultaatafspraken gemaakt, maar ze zijn vrij globaal en niet concreet uitgewerkt en meetbaar.
Uitgewerkt	Er is een redelijk dekkend aantal resultaatafspraken gemaakt en ze zijn ook behoorlijk concreet uitgewerkt en meetbaar. Dit zijn overigens vooral structuur- en procesafspraken en geen afspraken over uitkomsten.

Onderstaande grafiek geeft aan in welke mate zorgaanbieders en zorgverzekeraars tot resultaatafspraken gekomen zijn:



De mate waarin resultaatafspraken zijn vastgelegd in de impactanalyse is dus nogal beperkt. Dat wil overigens niet zeggen dat ze niet gemaakt kunnen worden. De oorzaak kan liggen in de beperkte tijd die beschikbaar was. Ook is het voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars nog zoeken naar de vorm waarin deze afspraken gegoten kunnen worden. Soms is bijvoorbeeld wel een kwaliteitsjaarverslag van een zorggroep aanwezig, dat handvaten biedt voor resultaatafspraken, maar is deze vertaalslag in de gesprekken nog niet gemaakt.

3.2.3 Financiële afspraken

3.2.3.1 Opzet van financiële onderdeel impactanalyse

Het financiële onderdeel van de impactanalyse probeert de volgende vraag te beantwoorden: 'kunnen de deelnemende organisaties hun huidige O&I-inkomsten vervangen door de nieuwe betaaltitels zonder er significant op achteruit te gaan?'

Om bovenstaande vraagstelling te kunnen beantwoorden zijn bij het financiële onderdeel van de impactanalyse de volgende gegevens uitgevraagd:

1. Omvang van de huidige O&I kosten en gerelateerde financiering (GEZ-gelden, overhead ketenzorg, overig (innovatiegelden, module praktijkmanagement)
2. (Verwachte) O&I kosten aan de hand van de nieuwe betaaltitels, volgens zienswijze van zorgaanbieder en zorgverzekeraar

Nadeel van deze methodiek is dat niet in detail geverifieerd kan worden of de door de organisaties ingevulde waarden op de nieuwe betaaltitels realistisch zijn. Door een vergelijking te maken tussen de deelnemende organisaties en eerder vastgestelde bandbreedtes uit het vooronderzoek kunnen organisaties met uitschieters relatief eenvoudig geïdentificeerd worden.

In totaal hebben 37 organisaties bovenstaande gegevens (gedeeltelijk) aangeleverd. Deze organisaties zijn ingedeeld naar het betreffende kwadrant waarin zij actief zijn. Hieronder worden de belangrijkste conclusies voor de gehele impactanalyse genoemd en wordt vervolgens ingezoomd op de conclusies per kwadrant.

Gezien de vertrouwelijkheid van de gegevens wordt in dit document geen inzage gegeven in de kwantitatieve resultaten van de impactanalyse. Deze gegevens zijn bij de kernwerkgroep van dit project wel (geanonimiseerd) beschikbaar.

3.2.3.2 Algemene bevindingen

- Veel impactanalyse-gesprekken hebben zich primair hebben gericht op het vertalen van de huidige omzet naar de nieuwe betaaltitels. Er is nog maar beperkt aandacht geweest voor de discussie over extra ambities van zorgaanbieders voor de toekomst.
- Van de deelnemende organisaties verwachten 2 organisaties dat de O&I-omvang significant zal afnemen. De overige organisaties verwachten een gelijkblijvende O&I omvang of een aanzienlijke toename.
- Bij één van deze organisaties met dalende O&I omvang wordt dit veroorzaakt doordat de huidige O&I gelden deels voor zorg ingezet worden (b.v. bekostiging POH-ouderenzorg). Bij de toepassing van de nieuwe betaaltitels vervalt deze bekostiging als onderdeel van de O&I financiering, maar worden hiervoor nieuwe zorginhoudelijke betaaltitels voor gebruikt waar geen overhead meer in zit. Bij de andere organisatie met dalende O&I omvang is niet duidelijk waar dit door veroorzaakt wordt;
- Het algemene beeld is dus dat de zorgaanbieders er financieel niet op achteruit zullen gaan door de invoering van de nieuwe betaaltitels. Als er sprake is van minder financiering ligt de oorzaak daarvan niet in de systematiek van de betaaltitels.
- Een forse toename van de O&I omvang heeft twee mogelijke oorzaken:
 - De deelnemende zorgorganisatie vindt dat haar huidige kosten fors hoger zijn dan nu vergoed wordt (met name huisvestings- en werkgeverskosten);
 - De deelnemende zorgorganisaties heeft ambities om haar O&I-functies uit te breiden;
- De mate waarin de zorgverzekeraars het eens zijn met een forse toename is niet duidelijk, doordat het deel van de zorgverzekeraar niet altijd expliciet is ingevuld. Op basis van enkele voorbeelden lijkt de zorgverzekeraar moeite mee te hebben om relatief hoge kosten te vergoeden waar geen duidelijke meerwaarde tegenover staat.
- Er zijn naast de onderverdeling die in de templates is gehanteerd geen nieuwe kostencategorieën naar voren gebracht in de impactanalyse gesprekken.

3.2.3.3 Bevindingen per kwadrant

De 37 organisaties die hebben deelgenomen aan de impactanalyse op basis van de templates zijn als volgt verdeeld over de kwadranten II t/m IV:

- kwadrant II: 9 zorgaanbieders
- kwadrant III: 16 zorgaanbieders
- kwadrant IV: 12 zorgaanbieders

3.2.3.3.1 Kwadrant II

- Bandbreedtes voor praktijk- en wijkmanagement inclusief werkgeverschap en ICT (exclusief huisvesting) lijken over het algemeen toereikend, uitgezonderd één deelnemende zorgorganisatie die het vijfvoudige aan werkgeverskosten opvoert;
- Aan incidentele en structurele innovaties worden vergelijkbare bedragen uitgegeven;
- Alle deelnemende organisaties binnen dit kwadrant geven aan een tekort te hebben op de huisvestingskosten. Er zit een zeer grote spreiding tussen deze huisvestingskosten per inwoner (factor 9 tussen minimum en maximum aan extra huisvestingskosten per inwoner). Het wel of niet gevestigd zijn in één van de vier grote steden speelt in dit kwadrant maar een zeer beperkte rol ten aanzien van de omvang van deze additionele huisvestingskosten.

3.2.3.3.2 Kwadrant III

- Binnen kwadrant III lijken twee typen organisaties / zorggroepen actief te zijn:
 - zorggroepen die zich volledig richten op het faciliteren van de chronische ketenzorg programma's;
 - zorggroepen die een beweging richting kwadrant 4 aan het maken zijn, met innovatieve projecten en deelpopulatiemanagement;
- Voor beide typen organisaties liggen de kosten voor 'ondersteuning ketenzorg' in de buurt van de bandbreedte uit het vooronderzoek per keten en inwoner, met een enkele uitschieter naar beneden en boven;
- De ICT ketenkosten variëren aanzienlijk (factor 15 per inwoner). Mogelijk wordt een deel hiervan verklaard door verschillen in geboden functionaliteit. Verdieping is noodzakelijk om de daadwerkelijke redenen te achterhalen;
- We zien grote verschillen in kosten ten behoeve van innovatieve projecten en deelpopulatiemanagement. Dit kan te maken hebben met de beweging die bepaalde zorggroepen richting kwadrant IV (willen) maken

3.2.3.3.3 Kwadrant IV

- Binnen kwadrant IV lijken twee type organisaties actief:
 - Regio-organisaties die vanuit kwadrant III aan het verbreden zijn;
 - Geïntegreerde zorgcentra die naast lokale gezondheidscentra een regionale coördinerende rol vervullen;
- Net als bij de zorgorganisaties uit kwadrant III liggen voor beide typen organisaties de kosten voor 'ondersteuning ketenzorg' in de buurt van de bandbreedte uit het vooronderzoek per keten en inwoner, met een enkele uitschieter naar beneden en boven;
- Grote verschillen tussen organisaties zitten in de volgende betaaltitels:

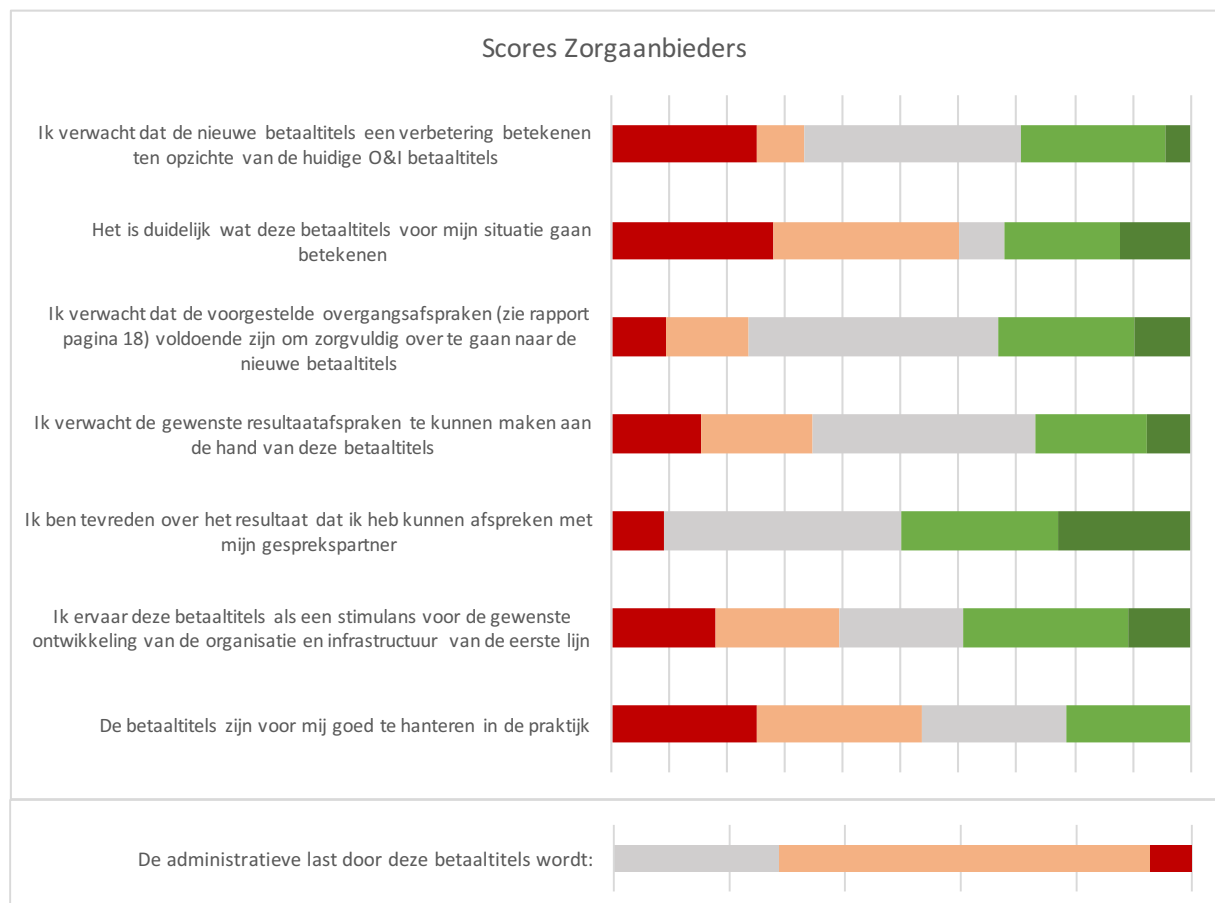
- Kosten voor praktijkmanagement en wijkmanagement, met een factor 5 tussen de laagste en hoogste van de bandbreedte, met een uitschieter met een factor 10;
- Bij 7 van de deelnemende 12 zorgaanbieders is er sprake van additionele werkgeverschapskosten. Deze variëren met een factor 4 tussen de lage en hoge bandbreedte;
- Bij 7 van de deelnemende 12 zorgaanbieders is er sprake van additionele huisvestingskosten, met een relatief kleine bandbreedte (factor 1,5) en een enkele uitschieter met een factor 4. In dit kwadrant is er wel sprake van meerdere zorgaanbieders uit één van de vier grote steden;
- Populatiemanagementkosten (bij 7 van de 12 zorgaanbieders) variëren met een factor 3;
- Kosten gerelateerd aan innovatie verschillen met een factor 2, met een uitschieter met factor 5. Deze uitschieter wordt mede verklaard door een hoog regionaal ambitieniveau bij een relatief kleine zorgaanbieder.

3.2.4 Evaluatie aspecten

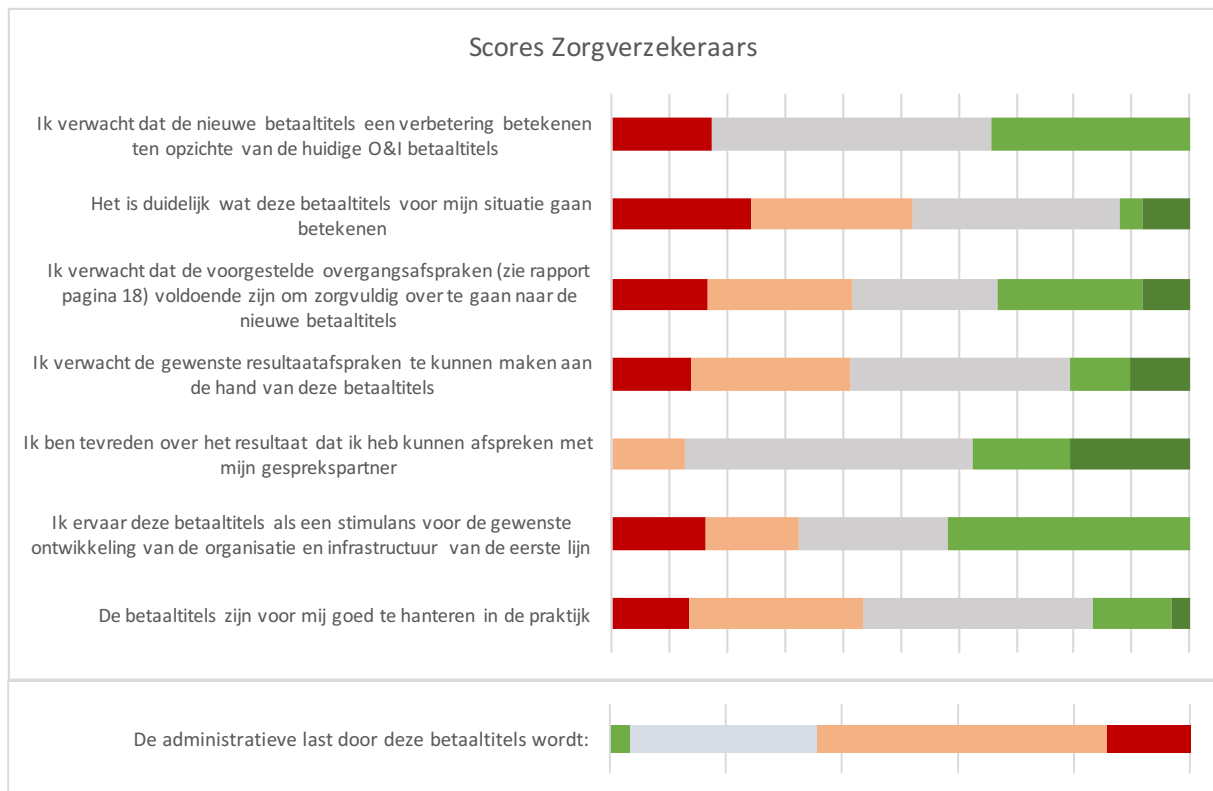
De evaluatie van het gebruikte template geeft aan dat de gesprekspartners wel even hebben geworsteld om het template goed te doorgronden en te vertalen naar de eigen situatie. Het was een grote en ingewikkelde excel-sheet. De informatiebijeenkomst die voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars is gehouden op 12 januari 2017 heeft daarbij wel geholpen. Uiteindelijk zijn de gesprekspartners er meestal goed uitgekomen en zijn ze in staat geweest de uitkomsten van hun overleg en de evaluatie daarvan in het template vast te leggen. Het template bood voldoende mogelijkheden om waar nodig toelichtingen te geven en opmerkingen te plaatsen.

3.2.4.1 Evaluatiescores

De evaluatie van de betaaltitels uit het rapport O&I, waar het uiteindelijk om draait in deze impactanalyse is voor de zorgaanbieders respectievelijk de zorgverzekeraars samengevat in onderstaande grafieken. De kleuren hebben voor de eerste 7 evaluatievragen de volgende betekenis: Rood = “Geheel mee oneens”, Oranje = “Gedeeltelijk mee oneens”, Grijs = “Neutraal”, Lichtgroen = “Gedeeltelijk mee eens” en Donkergroen = “Geheel mee eens”. Voor de vraag over de administratieve last hebben de kleuren de betekenis: Rood = “Veel meer”, Oranje = “Meer”, Grijs = “Gelijk”, Groen = “Minder” en Donkergroen = “Veel minder”.



Dit zijn de gemiddelde scores voor alle deelnemende zorgaanbieders. De wat kleinere zorgaanbieders (<20.000 patiënten) scoren iets onder het gemiddelde: 2,7 op een schaal van 1-5. De aanbieders in de middengroep (20.000 – 100.000) scoren nog iets lager: 2,6 en de grotere zorgaanbieders (> 100.000) scoren op het gemiddelde: 3,0.



3.2.4.2 Duiding van de evaluatiescores

Aan deze scores vallen de volgende zaken op:

- Zorgverzekeraars zijn licht positief over de verwachting dat de nieuwe betaaltitels een verbetering betekenen ten opzichte van de huidige. Zorgaanbieders zijn hierover wat negatiever.
- Zowel voor zorgaanbieders als voor zorgverzekeraars is het nog niet geheel duidelijk wat de nieuwe betaaltitels voor hun situatie gaan betekenen.
- Zorgverzekeraars zijn wat negatiever dan zorgaanbieders over de verwachting dat de in het rapport O&I voorgestelde overgangsmaatregelen voldoende zullen zijn.
- Zorgverzekeraars zijn minder positief dan zorgaanbieders over de verwachting dat ze kunnen komen tot meer resultaatafspraken met hun gesprekspartner. Hierbij moet worden opgemerkt dat in veel gevallen de gesprekken nog niet tot echt resultaatafspraken hebben geleid, waardoor deze vraag vaak “Neutraal” gescoord is.
- Beide partijen zijn overigens wel redelijk positief tot neutraal over de afspraken die ze met elkaar gemaakt hebben.
- Over het algemeen zijn zorgaanbieders en zorgverzekeraars neutraal en afwachtend gestemd over de vraag of de nieuwe betaaltitels een stimulans zullen zijn voor de organisatie en infrastructuur van de eerste lijn. Uit mondelinge feedback uit veel gesprekken blijkt dat het kwadrantenmodel wel helpt om het goede gesprek te voeren over de verwachtingen en de gewenste ontwikkeling van de eerste lijn in de regio.
- Over de mate waarin de betaaltitels in de praktijk goed hanteerbaar zijn, zijn zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars overwegend negatief gestemd.
- Tenslotte schatten zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars in dat de nieuwe betaaltitels, met de onderverdeling die nu is gehanteerd in de template, tot meer administratieve belasting zal leiden.

Deze scores stemmen tot nadenken. De projectgroep en de stuurgroep hebben de ervaringen uit de impactanalyse geanalyseerd en nagedacht hoe de hoofdgedachte uit het rapport O&I kan worden gerealiseerd op een manier die recht doet de boodschappen uit de impactanalyse. De resultaten van dit proces zijn vertaald in de conclusies en aanbevelingen in het volgende hoofdstuk.

4 Conclusies en aanbevelingen

4.1 Conclusies

De impactanalyse had tot doel om antwoord te krijgen op de volgende vragen:

- a. Zijn de betaaltitels praktisch hanteerbaar voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars?
- b. Worden de betaaltitels ervaren als een stimulans voor de gewenste ontwikkeling van de organisatie en infrastructuur van de eerste lijn?
- c. In hoeverre kunnen over de betaaltitels resultaatafspraken worden gemaakt?
- d. Wat gaat bij benadering de financiële impact zijn voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars?
- e. Wat zijn de bandbreedtes waarbinnen partijen tot afspraken komen voor de verschillende onderdelen van de betaaltitels.
- f. In hoeverre is m.n. voor de betaaltitel Praktijkmanagement een gereguleerd tarief wenselijk of nodig?
- g. In hoeverre zijn de overgangsafspraken in het rapport O&I voldoende om ongewenste schokeffecten op te vangen, of zijn nog aanvullende afspraken nodig?
- h. Bestaat er een realistisch verwachtingspatroon bij zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars over de gevolgen van de invoering van de nieuwe betaaltitels?

In de volgende paragrafen is weergegeven welke antwoorden op basis van de impactanalyse op deze vragen kan worden gegeven.

4.1.1 Zijn de betaaltitels praktisch hanteerbaar voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars?

Wat betreft kwadrant I kan op basis van de zes interviews worden geconcludeerd dat de betaaltitel als prestatie in segment 3 hanteerbaar kan zijn. Door de betaaltitel binnen het derde segment te plaatsen is er ruimte voor de gewenste (regionale) maatwerkafspraken en kan ervaring op worden gedaan met deze betaaltitel in verschillende contexten.

Voor de kwadrant II t/m IV is de impactanalyse uitgegaan van een gedetailleerde onderverdeling van de betaaltitels in sub-betaaltitels, met de bedoeling dat zo enige vergelijkbaarheid zou ontstaan en er uitspraken gedaan zouden kunnen worden over de bandbreedtes waarbinnen de tarieven voor die sub-betaaltitels zich gaan bewegen.

In de praktijk blijkt deze onderverdeling lastig hanteerbaar. Het is een worsteling voor zorgaanbieders om de huidige kosten onder te brengen onder de sub-betaaltitels. Zorgverzekeraars hebben geen inzicht in de kostenverdeling binnen de zorgaanbieders en kunnen zich niet goed een mening vormen of de onderverdeling over de sub-betaaltitels terecht is. De manier waarop de kosten zijn onderverdeeld door de verschillende zorgaanbieders verschilt voor een aantal sub-betaaltitels nogal, waardoor er geen hanteerbare bandbreedtes zijn ontstaan uit deze impactanalyse.

Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars ervaren de onderverdeling van kosten over de aangegeven sub-betaaltitels als een substantiële verhoging van de administratieve belasting.

De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat de gedetailleerde onderverdeling van de betaaltitels met sub-betaaltitels in de kwadranten II t/m IV niet goed hanteerbaar is en dat gezocht moet worden naar een beter hanteerbaar niveau voor de betaaltitels.

4.1.2 Worden de betaaltitels ervaren als een stimulans voor de gewenste ontwikkeling van de organisatie en infrastructuur van de eerste lijn?

De betaaltitel in kwadrant I heeft twee doelen: de huisarts ontlasten van niet-zorggerelateerde werkzaamheden én huisartsen stimuleren samen te werken in groepsverbanden. Het eerste doel wordt door alle geïnterviewde praktijkmanagers en huisartsen onderschreven. Het tweede doel wordt in vijf van de zes praktijken ook ondersteund, maar ook wordt aangegeven dat het vanwege de verschillen in behoeftes van huisartsen en regionale spreiding van huisartsen (vooral in niet-stedelijk gebied) onwenselijk is een minimumaantal huisartsen of aantal patiënten als ondergrens te hanteren.

In de gesprekken binnen de kwadranten II t/m IV is over het algemeen het kwadrantenmodel uit het rapport O&I ervaren als een handvat voor gesprekken over de gewenste ordening van de eerste lijn in de regio. De impactanalyse heeft zich echter vooral gericht op het vertalen van de huidige omzet naar de nieuwe betaaltitels en in veel gevallen nog niet op de verdere ambities voor de toekomst. Daarom is het voor veel zorgaanbieders nog niet duidelijk of de betaaltitels ook gaan leiden tot het stimuleren van de gewenste ontwikkeling van de organisatie en infrastructuur van de eerste lijn.

4.1.3 In hoeverre kunnen over de betaaltitels resultaatafspraken worden gemaakt?

Voor kwadrant I geven alle geïnterviewde huisartsen en praktijkmanagers aan dat de inzet van een praktijkmanager leidt tot (in verhouding) meer patiëntgebonden tijd, betere kwaliteit van zorg en veranderingen in het verwijs- en aanvraagdreg. Zij stellen echter ook dat dit lastig aantoonbaar te maken is. Sommige praktijkmanagers hebben direct invloed op de kwaliteit van zorg via accreditatie of inrichting zorgprocessen, anderen indirect door het ontlasten van de huisarts.

Voor de kwadranten II t/m IV zijn tijdens de impactanalyse slechts beperkt resultaatafspraken gemaakt. Het feit dat een aantal zorgaanbieders daar wel in geslaagd is geeft aan dat de systematiek zich wel leent tot het maken van resultaatafspraken. Dat veel zorgaanbieders en zorgverzekeraars daar nog niet toe gekomen zijn kan te maken hebben met de tijd die beschikbaar was voor de impactanalyse. Ook lijkt het voor veel zorgaanbieders nog een behoorlijk omlag in denken en doen om te kunnen komen tot het maken van resultaatafspraken.

4.1.4 Wat gaat bij benadering de financiële impact zijn voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars?

Het algemene beeld uit de impactanalyse is dat zorgaanbieders er niet op achteruit zullen gaan door de nieuwe systematiek voor de betaaltitels. In een enkel geval dat een zorgaanbieder verwachtte er wel op achteruit te gaan lag dat niet aan de systematiek maar aan andere oorzaken.

De mate waarin nieuwe ambities de ruimte zullen krijgen is nu nog niet goed in te schatten. In veel gesprekken heeft de focus gelegen op de vraag of de huidige omzet goed kan worden

ondergebracht in de nieuwe systematiek (wat dus blijkt te kunnen) en minder op de groeiimte voor nieuwe initiatieven. In een beperkt aantal gevallen hebben zorgaanbieders aangegeven aanzienlijk te willen groeien. Deze ambities hebben in het tijdsbestek van deze impactanalyse nog niet geleid tot een akkoord van de betreffende zorgverzekeraars.

4.1.5 Wat zijn de bandbreedtes waarbinnen partijen tot afspraken komen voor de verschillende onderdelen van de betaaltitels?

Het is lastig gebleken om bandbreedtes te destilleren uit de impactanalyses. Hiervoor is een eenduidige onderverdeling van kosten nodig over de sub-betaaltitels. Dit bleek voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars lastig. Bovendien wordt dit ervaren als een substantiële verhoging van de administratieve lasten. Als het wenselijk is om in de toekomst deze bandbreedtes zichtbaar te maken, dan moet hier een paar jaar de tijd voor worden genomen en moeten partijen er rekening mee houden dat dit kan leiden tot een hogere administratieve belasting.

4.1.6 In hoeverre is m.n. voor de betaaltitel Praktijkmanagement in kwadrant I een gereguleerd tarief wenselijk of nodig?

Uit de interviews met huisartsen en praktijkmanagers blijkt dat er behoefte is aan een maatwerkinvulling voor de betaaltitel Praktijkmanagement, omdat de toepassing per situatie kan verschillen. Bovendien blijkt het lastig om toetsbare voorwaarden te stellen aan deze betaaltitel. Overigens lijkt er wel breed draagvlak te zijn voor het introduceren van deze betaaltitel onder zowel huisartsen als zorgverzekeraars.

De behoefte aan maatwerk pleit ervoor om deze betaaltitel vooralsnog als vrij tarief in segment 3 te laten. Immers een gereguleerd tarief in segment 1 biedt geen ruimte voor maatwerk en een vrij tarief in segment 3 wel. Dit lijkt ook verantwoord omdat er draagvlak voor deze betaaltitels bij zorgverzekeraars aanwezig is. De verwachting is dat groepen huisartsen die deze betaaltitel willen gebruiken en kunnen onderbouwen ook een reële kans maken op vergoeding door de zorgverzekeraar. De meeste verzekeraars zullen deze betaaltitel alleen willen hanteren voor samenwerkingsverbanden van huisartsen, andere willen deze betaaltitel in bepaalde situaties ook beschikbaar stellen aan individuele praktijken.

Op termijn kan worden geëvalueerd in hoeverre deze betaaltitel voldoende is uitgekristalliseerd om te kunnen worden omgezet naar een gereguleerd tarief in segment 1.

4.1.7 In hoeverre zijn de overgangsafspraken in het rapport O&I voldoende om ongewenste schokeffecten op te vangen, of zijn nog aanvullende afspraken nodig?

Het algemene beeld is dat de overgang naar de nieuwe betaaltitels begint met een vertaling van de afspraken over 2017 naar de nieuwe betaaltitels en vervolgens een gesprek over de ontwikkelingen na 2018. De vertaalslag is in vrijwel alle situaties budgetneutraal gemaakt. Uit de impactanalyse gesprekken komt het beeld naar voren dat zorgaanbieders er door de systematiek er niet ineens op achteruit gaan. Daarmee lijkt het niet nodig om bovenop de afspraken die al genoemd zijn in het rapport O&I nog verder aanvullende overgangsafspraken te maken.

4.1.8 Bestaat er een realistisch verwachtingspatroon bij zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars over de gevolgen van de invoering van de nieuwe betaaltitels?

Over het algemeen lijken zorgaanbieders en zorgverzekeraars dicht bij elkaar te zitten voor wat betreft de gevolgen die ze verwachten van de overgang naar de nieuwe betaaltitels. In een enkel geval heeft een zorgaanbieder de ambitie om substantieel meer te gaan doen of aan vergoeding te willen ontvangen dan tot nu toe. Dat heeft in deze impactanalyse nog niet geleid tot overeenstemming tussen de betreffende zorgaanbieders en hun zorgverzekeraars.

4.2 Aanbevelingen

Op grond van de impactanalyse komen wij tot een aantal aanbevelingen. Deze zijn onder te verdelen in:

- Aanbevelingen voor de betaaltitels
- Aanbevelingen voor de implementatie

Per aanbeveling is een korte samenvatting weergegeven in een kader, waarna de toelichting op de aanbeveling volgt.

4.2.1 Aanbevelingen voor de betaaltitels

Aanbeveling 1: Ga naar vier betaaltitels

Ga van start met de vier betaaltitels (conform voorstel NZa)

- Praktijkmanagement,
- Wijkmanagement,
- Ondersteuning ketenzorg en
- Regiomanagement.

Dit beperkt de administratieve lasten voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars.

De vraag waar de bevindingen uit de impactanalyse ons voor stellen is: “Hoe kunnen we de administratieve last zo beperkt mogelijk houden, terwijl we de hoofdgedachte van het kwadrantenmodel als basis voor ontwikkeling van de eerste lijn wel vast kunnen houden?”

De belangrijkste oplossingsrichting daarvoor is het indikken van het aantal betaaltitels tot een beperkt en overzichtelijk aantal, die wel in lijn liggen met het kwadrantenmodel.

Daarbij is het van belang om het voorstel te noemen dat de NZa heeft uitgebracht in de werkgroep O&I voor de implementatie van de O&I-betaaltitels in 2018. De NZa stelt voor om de betaaltitels en sub-betaaltitels te clusteren in vier betaaltitels:

1. Praktijkmanagement
2. Wijkmanagement
3. Ondersteuning ketenzorg
4. Regiomanagement

Deze vier betaaltitels kennen allemaal vrije tarieven in S2 en S3. De verhouding van deze vier betaaltitels tot de vier kwadranten is hieronder weergegeven in het kwadrantenmodel uit het rapport O&I.

	Monodisciplinair Huisartsen	Multidisciplinair Eerste lijn
Wijk 10.000 – 20.000	Praktijkmanagement	Wijkmanagement
Regio 100.000 – 200.000	Ondersteuning ketenzorg	
	Regiomanagement	

Een reden om Ondersteuning ketenzorg apart weer te geven van Regiomanagement is, dat er wellicht organisaties zijn die zich uitsluitend bezighouden met ketenzorgondersteuning en verder geen regiofunctie hebben. Bovendien is het wenselijk om de relatie met de huidige ketenzorgfinanciering inzichtelijk te houden. Deze betaaltitel zal zich met name richten op de traditionele keten-DBC's die we nu kennen. Nieuwe ketens en zorgvormen kunnen worden ondersteund vanuit de betaaltitel Regiomanagement.

Hierdoor vervalt op regioniveau de scheidslijn tussen monodisciplinair en multidisciplinair (kwadrant III en IV). In de praktijk zien we overigens ook dat dit onderscheid aan het vervagen is. Er is een continuüm met enerzijds monodisciplinaire huisartsengroepen die overigens steeds intensiever samenwerken met andere disciplines tot anderzijds multidisciplinaire georganiseerde en bestuurd groepen. De brede betaaltitels Ondersteuning ketenzorg en Regiomanagement kunnen door de regio-organisaties in dit hele spectrum worden gebruikt. De inhoud van de betaaltitels kan wel variëren afhankelijk van de regionale invulling.

Aanbeveling 2: Geef inhoud aan de betaaltitels op basis van het rapport O&I

Werk per betaaltitel de inhoudelijke beschrijving uit aan de hand van de beschrijving van de betaaltitels in het rapport O&I. Herijk de criteria waaraan zorgaanbieders moeten voldoen nog eens op basis van de bevindingen uit de impactanalyse en neem deze vervolgens op in de beschrijving van de betaaltitels.

Het is van belang om bij de “indikking” naar vier betaaltitels zicht te houden op de beoogde inhoud van deze betaaltitels, evenals op de voorwaarden waaraan zorgaanbieders moeten voldoen om in aanmerking te komen voor deze betaaltitels. Bij de inhoudelijke beschrijving kunnen de sub-betaaltitels worden gebruikt uit het rapport O&I. Het rapport O&I geeft ook een aanzet voor de criteria. Op grond van de impactanalyse moeten deze op een aantal punten worden bijgesteld.

Aanbeveling 3: Beperk de registraties en declaraties tot het niveau van de vier betaaltitels

In het project O&I is door partijen diverse keren de behoefte aangegeven om inzicht te hebben in de bandbreedtes van de O&I-kostencomponenten. Belast de landelijke registraties hier niet mee, maar doe in plaats daarvan indien nodig een gericht kostenonderzoek.

De vraag waar we voor staan is in hoeverre er bandbreedtes voor de kostencomponenten binnen de betaaltitels in kaart gebracht moeten worden. Dat was een wens van partijen bij de start van de impactanalyse, maar in de impactanalyse is gebleken dat het op dit moment nog niet haalbaar is om tot voldoende eenduidig vergelijkbare kostencomponenten te komen binnen een bandbreedte die als betrouwbaar houvast kan dienen. Als we op termijn tot betrouwbare bandbreedtes willen komen moeten zorgaanbieders hun kosten behoorlijk gedetailleerd registreren en verantwoorden. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars geven in de impactanalyse aan beducht te zijn voor een forse stijging van de administratieve lasten door een te gedetailleerde registratie.

Het primaire doel van de bandbreedtes was om partijen in het veld enig houvast en voorspelbaarheid te geven bij de contractering. Afgezien de vraag in hoeverre dat is toegestaan, lijkt het erop dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars ook zonder deze bandbreedtes redelijk tot wederzijds bevredigende financiële afspraken kunnen komen. Op enkele uitzonderingen na, maar die zullen er altijd blijven.

Als er behoefte is om meer inzicht te krijgen in de kostencomponenten binnen de vier betaaltitels dan bevelen wij aan om daar geen landelijke registratie door alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor aan te leggen, omdat dat leidt tot hoge administratieve lasten. In plaats daarvan kunnen partijen (of de NZa) indien gewenst besluiten een kostenonderzoek te doen naar de opbouw van de tarieven voor de vier betaaltitels.

Op individueel niveau kunnen er tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder overigens altijd afspraken worden gemaakt over een nadere onderbouwing van de tarieven op basis van de onderliggende kostencomponenten, maar dat leidt niet tot een landelijke verzwaring van de administratieve last.

Aanbeveling 4: Houd ruimte voor maatwerk, ook voor de betaaltitel Praktijkmanagement

De betaaltitel Praktijkmanagement is in principe bedoeld voor het ondersteunen van huisartssamenwerkingsverbanden met een praktijkmanager. Biedt partijen de ruimte om deze betaaltitel ook voor individuele praktijken te gebruiken

De betaaltitel Praktijkmanagement kent als voorwaarde dat er sprake moet zijn van een daadwerkelijk samenwerkingsverband van huisartsen met een omvang van minstens 10.000 patiënten. Dit blijft nog steeds een belangrijke wens voor deze betaaltitel, maar in de impactanalyse is zowel door huisartsen als door hun zorgverzekeraar aangegeven dat er situaties zijn waarin hiervan moet kunnen worden afgeweken en de betaaltitel Praktijkmanager ook aan individuele praktijken moet kunnen worden toegekend.

4.2.2 Aanbevelingen voor de implementatie

Aanbeveling 5: Begin in 2018 met de vier betaaltitels en houd een terugvaloptie open

Ga voor het contracteerjaar 2018 over tot de vier nieuwe betaaltitels. Deze zijn goed te relateren aan de betaaltitels waar partijen nu aan gewend zijn. Houdt voor situaties waarbij het niet lukt om deze voor 2018 op de nieuwe manier te contracteren de terugvaloptie open om in 2018 nog met de huidige betaaltitels te werken.

De indikking van de gedetailleerde betaaltitels uit het rapport O&I tot vier betaaltitels maakt de implementatie relatief eenvoudig. Het moet mogelijk zijn om de GEZ-financiering en de overheadcomponent in de ketenzorgtarieven vanaf het contracteerjaar 2018 te vervangen door de betaaltitels Wijkmanagement, Ondersteuning ketenzorg en Regiomanagement. De betaaltitel Praktijkmanagement vervangt geen reguliere betaaltitel, maar wel een aantal maatwerk betaaltitels die zorgverzekeraars hanteren in S3. Ook deze vervanging (dan wel uitbreiding) lijkt geen probleem te hoeven zijn voor 2018.

Er kunnen situaties zijn waarin dit onverhoopt niet lukt. Ook kunnen er meerjarige afspraken gemaakt zijn die doorlopen tot in 2018. Voor deze situaties bevelen wij aan om de huidige betaaltitels nog een jaar te handhaven als terugvaloptie.

Aanbeveling 6: Leer van elkaars resultaatafspraken

Wissel goede voorbeelden van resultaatafspraken met elkaar uit, zodat zorgaanbieders en zorgverzekeraars maximaal van elkaar kunnen leren en de overgang naar meer resultaatgerichtheid sneller gemaakt kan worden.

Het maken van resultaatafspraken is in de impactanalyse nog niet genoeg uit de verf gekomen. Enerzijds door de beperkte beschikbare tijd, anderzijds omdat het voor veel zorgaanbieders en zorgverzekeraars een behoorlijk omslag vraagt in de manier waarop afspraken worden gemaakt. Een aantal zorgaanbieders slaagt er wel in om hun zorgaanbod te vertalen in resultaatafspraken. Het is wellicht een goed idee om de goede voorbeelden met elkaar uit te wisselen, zodat het wiel niet telkens op nieuw moet worden uitgevonden.

Aanbeveling 7: Monitor periodiek de ontwikkelingen

Monitor periodiek de mate waarin de eerste lijn zich ontwikkelt in de gewenste richting. Kijk daarbij zowel naar de ruimte voor het realiseren van meer kwalitatief hoogstaand zorgaanbod èn naar de mate van resultaatgerichtheid.

De impactanalyse heeft nog wel vragen overgelaten over de mate waarin de gewenste ontwikkeling naar ruimte voor ambitie èn meer resultaatgerichtheid ook daadwerkelijk zal worden gestimuleerd door de nieuwe betaaltitels. Betaaltitels zijn daarbij ook maar een middel; het hangt uiteindelijk af van de interactie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar en de kwaliteit van de zorgaanbieder in hoeverre de gewenste ontwikkeling daadwerkelijk zal plaatsvinden. Omdat op dit punt nog de nodige onzekerheid bestaat is het van belang de ontwikkelingen de komende jaren goed te monitoren en waar nodig bij te sturen.

Aanbeveling 8: Ontwikkel een ICT toekomstvisie voor de eerste lijn

Ontwikkel een gezamenlijke toekomstvisie op de inrichting van de ICT voor de eerste lijn. Stimuleer vervolgens de ontwikkeling van de (regionale) ICT in de gewenste richting, onder andere via het gericht inzetten van financiering.

Goede ICT is een belangrijke randvoorwaarde voor het effectief functioneren van de eerste lijn. Onderlinge gegevensuitwisseling en gegevensuitwisseling met (steeds meer) samenwerkingspartners wordt steeds belangrijker. Daarnaast is het maken van goede analyses van de kwaliteit en de kosten van de zorg van groot belang. Ook hiervoor is ICT nodig die over verschillende eerstelijns (en soms tweedelijns) zorgaanbieders heen die analyses kan ondersteunen. Het rapport O&I doet geen inhoudelijke uitspraken over de gewenste inrichting van de ICT in de eerste lijn, anders dan ruimte bieden in de betaaltitels voor een ICT kostencomponent. De effectiviteit van de inzet van ICT kan worden verhoogd door met alle betrokken partijen samen te streven naar een gezamenlijk einddoel.

Aanbeveling 9: Houd de randvoorwaarden in de gaten

Waarborg dat een oplossing wordt gevonden voor het eenvoudig vaststellen van het aantal bij de aangesloten huisartsen ingeschreven patiënten van een zorggroep en dat er geen BTW probleem ontstaat door het splitsen van tarieven in een zorgcomponent en een O&I component.

Tenslotte is in het rapport O&I een aantal belangrijke voorwaarden genoemd voor het invoeren van de nieuwe O&I-betaaltitels: een administratief eenvoudige manier om het aantal ingeschreven patiënten per zorggroep te bepalen en het voorkomen dat door de scheiding van zorg en overhead in aparte betaaltitels ineens een BTW plicht ontstaat. Deze beide randvoorwaarden worden in aparte projecten uitgewerkt. Deze moeten goed worden bewaakt in relatie tot het implementatietraject van de nieuwe betaaltitels.